

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ageu Raupp Junior

**FACETAS ESTÉTICAS: CERÂMICA OU RESINA? DO
PLANEJAMENTO AO RESULTADO**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Odontologia

Orientador: Prof. Sylvio Monteiro
Junior, Dr.
Coorientadora: Bruna Salamoni
Sinhori

Florianópolis
2016

R247f Raupp Junior, Ageu

Facetas estéticas: cerâmica ou resina? Do planejamento ao resultado / Ageu Raupp Junior; orientador, Sylvio Monteiro Junior; coorientadora, Bruna Salamoni Sinhori. - Florianópolis, SC, 2016.
68 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Graduação em Odontologia.

Inclui referências

1. Odontologia. 2. Facetas dentárias. 3. Resina composta. 4. Porcelana dentária. I. Monteiro Junior, Sylvio. II. Sinhori, Bruna Salamoni. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Odontologia. IV. Título.

CDU 616

Ageu Raupp Junior

FACETAS ESTÉTICAS: CERÂMICA OU RESINA? DO PLANEJAMENTO AO RESULTADO

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 18 de outubro de 2016.

Banca Examinadora:

Prof. Sylvio Monteiro Junior, Dr.
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Silvana Batalha Silva, Dr.^a
Membro
Universidade Federal de Santa Catarina

CD Gustavo Georges de Mattos Chraim
Membro

Dedico este trabalho de conclusão de curso à minha querida mãe e ao meu estimado pai, ao meu irmão e à minha maravilhosa esposa, pois são pessoas que amo incondicionalmente e tenho grande orgulho. Estas foram pessoas que desde sempre apostaram no meu potencial e me apoiam em todos os momentos de minha vida.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pela dádiva da vida, pela graça de acordar todos os dias e lutar por conquistas e superar os obstáculos que me faz passar sabiamente para me ver crescer cada vez mais.

Aos meus pais, **Alzani e Ageu** por todo apoio e exemplo que me deram para traçar o meu caminho pela vida e pelo amor incondicional, esforço e dedicação que dão a mim e ao meu irmão. Agradeço a minha mãe por todo apoio e educação que me foi dado durante a vida. Ao meu pai por me mostrar a nunca desistir, ser um exemplo de força, bondade, respeito. Amo vocês.

Ao meu irmão, **Alvim**, que, mesmo muito novo, é um exemplo de alegria e companheirismo.

À minha esposa **Manuela**, pelo apoio incondicional em todos os momentos e durante a realização deste trabalho, mesmo nos momentos mais difíceis estive ao meu lado, por achar respostas tão simples aos problemas aos quais eu achava que eram complicados, obrigado pela paciência e carinho, você é um exemplo de caráter e dedicação. Te amo!

Ao meu orientador, **Prof. Dr. Sylvio Monteiro Junior**, por toda atenção, paciência e compreensão, por todas as orientações, ensinamentos e por nunca me deixar desanimar, fazendo acreditar na minha capacidade.

Ao meu amigo **Gustavo Chraim** por sua disponibilidade, empenho e transmissão de conhecimentos, um exemplo de esforço e dedicação com a profissão e a me empolgar na parte prática desse trabalho.

À minha co-orientadora **Bruna Salamoni Sinhori**, por toda a ajuda prestada, pela dedicação e carinho presentes em todos os ensinamentos dados. Por estar sempre disposta a dar o seu melhor em cada correção, para que cada detalhe deste trabalho saísse da melhor maneira possível. Agradeço imensamente pelo companheirismo e pela amizade.

À minha dupla de clínica durante a graduação, **Marina**, por ter crescido junto comigo nesta caminhada, com muitas discussões, risadas, prontuários, planos de tratamento e conversas. Por ter sido uma grande amiga e companheira nestes anos.

Agradeço a **todos os professores** que de uma forma ou de outra colaboraram com meu crescimento e conhecimento durante toda a graduação, todos vocês fazem parte do futuro que nós podemos construir. Deixo um agradecimento especial para o **Prof. Nelson Makowiecky**, que vai para a clínica não para trabalhar, mas para fazer o

que ama, podemos ver isso na felicidade com que nos recebe, sempre com um abraço apertado e amigo.

Aos meus **amigos/colegas** da graduação, por toda parceria, amizade e companheirismo. Muito obrigado por terem feito este longo caminho, às vezes turbulento, muito divertido. Ao lado de vocês tudo foi mais fácil.

A todos os funcionários da universidade, que contribuem com o funcionamento da instituição, desde os que quase nunca vemos, até os que se tornaram amigos, como o **Batista** e o **Luis**, com as piadinhas diárias, mas também com o apoio no laboratório.

E também a **Rô, Nil e a Dai**, que são pessoas fantásticas e que ajudam e muito o andamento das clínicas, vocês são demais!

E por fim, à **Universidade Federal de Santa Catarina**, que me acolheu por esses 5 anos e proporcionou a realização do curso de Odontologia, realizando um sonho. Mesmo com todas as dificuldades, tenho certeza que esta é uma das melhores universidades do Brasil.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”.

(Charles Chaplin)

RESUMO

Neste trabalho, foi realizado a uma revisão da literatura, juntamente com discussão de casos clínicos, cujo objetivo foi a comparação de dois materiais, porcelana e resina composta, na confecção de facetas estéticas. A estética e o comportamento biomecânico foram avaliados, para ambos os materiais. No confronto entre os dois tipos de materiais dentários, foram avaliadas as indicações, contraindicações, benefícios e desvantagens, bem como o diagnóstico, plano de tratamento e procedimentos clínicos utilizados na elaboração de facetas de porcelana e resina composta. Para a distinção dos materiais foram avaliados os seguintes parâmetros: cor, adaptação marginal, estética, resistência, preparação, retenção, acabamento, sobrevida clínica, e o seu custo. O trabalho foi realizado através de um levantamento bibliográfico de diversos artigos científicos, todos publicados entre os anos de 2000 e 2015, assim como livros e outras publicações científicas, e a seleção de pacientes para aplicar as diferentes técnicas de confecção. Podemos concluir que facetas diretas de resina composta e facetas indiretas de cerâmica demonstraram ser técnicas com excelentes resultados clínicos.

Palavras-chave: Facetas dentárias. Resina composta. Porcelana dentária.

ABSTRACT

This work was carried out a literature review, along with discussion of clinical cases, the objective was the comparison of two materials, porcelain and composite resin in the manufacture of veneers. The aesthetic and biomechanical behavior were evaluated for both materials. In the confrontation between the two types of dental materials were evaluated the indications, contraindications, benefits and drawbacks, as well as diagnosis, treatment plan and clinical procedures used in the preparation of porcelain veneers and composite resin. For the distinction of materials were evaluated the following parameters: color, marginal adaptation, aesthetics, resistance, preparation, retention, completion, clinical survival, and its cost. The study was conducted through a literature review of several scientific papers, all published between the years 2000 and 2015, as well as books and other scientific publications, and the selection of patients to apply the different cooking techniques. We can conclude that direct resin composite and indirect ceramic veneers proved techniques with excellent clinical results.

Keywords: Dental veneers. Composite resins. Dental porcelain.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Paciente L. M. S. 24 anos	44
Figura 2 - Facetas diretas em resina composta	45
Figura 3 - Facetas diretas em resina composta	45
Figura 4 - Registro do preparo dental.....	46
Figura 5 - Seleção da cor.....	46
Figura 6 - Facetas confeccionadas laboratorialmente.....	47
Figura 7 - Resultado final.....	47
Figura 8 - Paciente N. S. 18 anos	49
Figura 9 - Diastemas na região de incisivos centrais e laterais superiores	50
Figura 10 - Mock up - sorriso normal	50
Figura 11 - Mock up - sorriso forçado	50
Figura 12 - Guia com silicone de condensação para inserção da resina	51
Figura 13 - Condicionamento ácido total no esmalte durante 30 segundos com ácido fosfórico a 37%	51
Figura 14 - Aspecto do tecido dentário condicionado.....	52
Figura 15 - Restauração através da inserção da resina correspondente ao esmalte palatino.....	52
Figura 16 - Camada de resina presente sem falhas.....	53
Figura 17 - Acabamento e polimento inicial.....	53
Figura 18 - Resultado final.....	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Vantagens da utilização de facetas diretas e indiretas.....	31
Quadro 2 - Desvantagens da utilização de facetas diretas e indiretas ...	32
Quadro 3 - Indicações de facetas diretas e indiretas.....	33
Quadro 4 - Contraindicações da utilização de facetas diretas e indiretas	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVOS	25
2.1 OBJETIVO GERAL	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3 METODOLOGIA	27
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	29
4.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA.....	29
4.2 VANTAGENS E DESVANTAGENS DE USO DAS FACETAS ESTÉTICAS	30
4.3 INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES.....	32
4.4 PLANEJAMENTO.....	34
4.5 FACETAS EM RESINA COMPOSTA	35
4.6 FACETAS EM CERÂMICA	39
5 RELATO DE CASO	43
6 DISCUSSÃO	55
7 CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS	61
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	65

1 INTRODUÇÃO

A valorização da estética está cada dia mais presente na rotina da população. Atualmente, um sorriso bonito funciona como um indicador de saúde e sucesso numa sociedade extremamente competitiva (SAKAMOTO JUNIOR et al., 2012). Assim, a reabilitação estética possui um papel básico na medida em que é capacitada de proporcionar melhor qualidade de vida (PERES, 2010).

Os parâmetros estéticos aceitos pela sociedade atual influenciam as pessoas a melhorarem sua aparência física através de tratamentos que visam restaurar a harmonia corporal, assim como a harmonia do sorriso. Dessa forma, cada vez mais as pessoas buscam alterar seus sorrisos, através de melhorias em forma, textura e cor proporcionados pela odontologia estética (PONTOS-MELO; FURUSE; MONDELLI, 2011).

Na última década, a odontologia foi influenciada pela incessante busca social da perfeição estética e tem criado a “era dos facetados”. Os tratamentos atuais têm sido realizados mantendo um mesmo padrão estético, onde com auxílio da tecnologia digital (sistema CAD/CAM) é possível através de um banco de dados selecionar o dente desejado com seu desenho já pré-fabricado. E isso resulta em pacientes com características físicas diferentes, mas com o mesmo formato/textura e contorno dental (CARDOSO; DECURCIO, 2015). Contudo, os tratamentos estéticos eram realizados à custa de grande desgaste de estrutura dentária. As coroas totais eram preferidas relativamente às facetas de cerâmica e restaurações de resina composta. Com a evolução da odontologia, surgiram novas técnicas adesivas e materiais, favorecendo uma abordagem mais conservadora (SAKAMOTO JUNIOR et al., 2012).

Muitas opções estão disponíveis para a transformação do sorriso. Quando os dentes estão desalinhados, o tratamento ortodôntico pode ser a terapia de escolha, já para pacientes que desejam ter dentes claros, o clareamento dental é uma opção adequada e conservadora, considerado um procedimento simples e seguro, o qual não provoca alterações significativas nas estruturas de esmalte e dentina (PONTOS-MELO; FURUSE; MONDELLI, 2011).

A restauração e restabelecimento da estética dental do paciente é um dos requisitos importantes da odontologia moderna. Faceta em porcelana é considerada o padrão ouro no planejamento estético. As facetas de porcelana são fabricadas em laboratório e personalizados para o paciente, mas tem alto custo financeiro. Devido à redução da estrutura do dente saudável necessária para colocar facetas de porcelana, outras

técnicas têm sido desenvolvidas para preservar o tecido dental, proporcionando uma excelente harmonia do sorriso (SAKAMOTO JUNIOR et al., 2012; SHEIKH et al., 2015).

As resinas compostas são frequentemente utilizadas para restaurações de dentes anteriores porque proporcionam previsibilidade, longevidade aceitável e menor custo comparado à cerâmica. Os compósitos promovem excelente resultado estético, pois permitem a utilização de diferentes combinações de cores e efeitos como opacidade e translucidez (PONTONS-MELO; FURUSE; MONDELLI, 2011).

A evolução contínua de resinas compostas e técnicas restauradoras contribuíram para uma melhora significativa na odontologia estética. As principais vantagens de restaurações com resina composta estão relacionadas com as suas propriedades adesivas, o tamanho mínimo do preparo e a aparência estética. Muitas situações clínicas, tais como alteração de cor dos dentes, extensas fraturas, dentes desalinhados ou cárie dentária, podem causar um prejuízo importante na aparência estética e harmonia do sorriso, causando impacto na qualidade de vida. O uso da técnica direta com resina composta pode ser uma opção interessante para recuperar o aparência estética dos dentes danificados, sobretudo técnicas indiretas têm um custo mais elevado, devido aos procedimentos laboratoriais envolvidos (SOUZA et al., 2015).

Com base em sua resistência, longevidade, natureza conservadora, biocompatibilidade, e estética, as facetas são consideradas, o tratamento mais viável das modalidades desde a sua introdução em 1983. Facetas estéticas em materiais cerâmicos demonstram excelente desempenho clínico e, como materiais e técnicas adesivas têm evoluído, as cerâmicas tornaram-se materiais restauradores previsíveis e mais estéticos. Por esta razão, ambos materiais e técnicas fornecem ao dentista uma oportunidade para melhorar o sorriso do paciente com um tratamento minimamente invasivo (SHEIKH et al., 2015).

É importante, antes do planejamento, entender a expectativa do paciente em relação ao resultado do tratamento estético. Em especial os pacientes muito exigentes, devem ser bem esclarecidos quanto as limitações de cada tipo de restauração. Assim sendo, para que o profissional e o paciente visualizem melhor o provável resultado em relação à cor, forma e textura, é recomendável a execução prévia de um "ensaio restaurador" (BARATIERI et al., 2015).

O cirurgião dentista é desafiado a modificar a configuração do sorriso por aplicação de materiais biocompatíveis para substituir e/ou

recobrir as estruturas dentárias, tendo a possibilidade de mudar as características (forma, textura, contorno e cor) dos dentes. Um bom tratamento estético deve respeitar e caracterizar a aparência, forma e alinhamento de dentes naturais. O cuidado fundamental a ser tomado está relacionado a seleção dos materiais restauradores, que são influenciados pela indicação do caso e pela expectativa do paciente (NAM; RAIGRODKI; HEINDLL, 2008).

A indicação do material restaurador depende da avaliação do profissional, que com base nos seus conhecimentos científicos, define o tratamento mais apropriado para o caso. A inovação que surgiu nas facetas estéticas aliada com a evolução dos materiais, propiciam ao clínico o desenvolvimento de restaurações com alto grau de satisfação e excelência, tanto para o paciente, como para o profissional.

O objetivo deste trabalho foi apresentar as facetas diretas de resina composta e as indiretas de porcelana, expondo comparativo entre elas, esclarecendo as diferenças que guardam entre si e discutindo em quais situações são mais bem indicadas. Esses fatos serviram de impulso e motivação para este trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar uma revisão de literatura em facetas estéticas;
Realizar relatos de casos clínicos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Comparar vantagens e desvantagens das facetas de resina composta e facetas de cerâmica;

Analisar indicações e contraindicações da utilização de facetas de resina composta e facetas de cerâmica;

Analisar o protocolo de procedimento de cada técnica;

Verificar se há diferença estética no resultado das restaurações em dentes anteriores com os diferentes materiais.

3 METODOLOGIA

Para realização do presente estudo foi efetuada uma revisão bibliográfica no corrente ano, em que se fez uso de materiais já elaborados, através das bases de dados eletrônicos Medline, PubMed, Google Acadêmico, Scielo, JADA, que são, artigos científicos, revistas, documentos eletrônicos na busca e alocação de conhecimento sobre facetas estéticas, correlacionando tal conhecimento com abordagens já trabalhadas por outros autores, utilizando como palavras-chave: “dental veneers”, “dental porcelain”, “composite resin”, “facetas dentárias”, “porcelana dental” e “resina composta” que foram associados de variadas formas.

Nesta revisão bibliográfica, das aproximadamente 100 referências encontradas, foram utilizadas 39, tendo como critério de preferência para a sua utilização datas de publicação mais recentes (2000-2015), redigidos na sua maioria em inglês e os que melhor se enquadrassem no tema. Como complemento foram utilizados artigos mais antigos e livros. No geral, todos os artigos selecionados preencheram os critérios de serem ensaios clínicos, relatos de caso, revisões bibliográficas ou revisões sistemáticas.

Foi realizado também uma seleção de pacientes, onde foram aplicadas as diferentes técnicas, de 12 pacientes voluntários, foram selecionados 2 para os relatos de casos clínicos.

O tratamento seguiu as seguintes etapas: seleção, profilaxia e moldagem, fotos intra e extra orais, clareamento, enceramento diagnóstico e mock-up, documentação de cor, preparo e aplicação da técnica.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA

A primeira restauração de porcelana confeccionada em um dente preparado, foi realizada utilizando uma folha de platina, na data de 1886 por Charles Henry Land (SOUZA, 2008; MAGNE; BELSER, 2003).

Em 1903, Land surgiu como o primeiro na literatura mundial a propor a utilização de facetas estéticas. Na década de 30, os filmes tiveram influência no uso das facetas, mediante a necessidade dos artistas na caracterização dos traços físicos associados as personagens interpretadas, como os vampiros nos filmes de terror (BISPO, 2009).

Charles Pincus (1947) foi considerado o precursor das facetas laminadas. Tentando resolver tais problemas, criou uma técnica que recobria dentes esteticamente comprometidos, realizava a fixação de dentes de acrílico com pó adesivo para fixação de prótese total, sem qualquer desgaste dos dentes, o que era considerado, portanto um procedimento provisório, que durava o tempo necessário para a gravação dos filmes (BISPO, 2009; SOUZA, 2008; MANDARINO, 2003a).

Buonocore, em 1955 desenvolveu a técnica do condicionamento ácido do esmalte e Bowen em 1963 desenvolveu as resinas compostas com o BISGMA, e a partir daí novos entendimentos surgiram em relação aos procedimentos estéticos adesivos e consequentemente o desenvolvimento das facetas laminadas de resina composta e posteriormente porcelana, isso contribuiu para que o clínico estivesse apto a unir materiais com cor dentária aos dentes que apresentavam complicações (MANDARINO, 2003a; PERES, 2010; BISPO, 2009; SOUZA, 2008).

A partir de 1970 a Odontologia passou por grandes avanços em relação aos materiais restauradores estéticos, procedimentos de adesão e também conceitos de preparo e restauração conduzidos a cada vez mais à maior preservação de estrutura dental e valorização da estética (MANDARINO, 2003a), Cooley 1974 foi o primeiro cirurgião dentista a recobrir a face vestibular dos dentes anteriores com resina composta para recuperação da estética, a partir da descoberta dos aparelhos de luz ultravioleta em 1973 por Waller (MANDARINO, 2003a).

Em 1975, Rochette propôs a utilização de restaurações adesivas na dentição anterior, e descreveu uma técnica para confecção de facetas de porcelana nos incisivos fraturados. Em laboratório, um bloco de cerâmica era queimado e seguidamente adicionava-se uma resina

composta, tanto na porcelana tratada com silano, quanto no esmalte condicionado. Assim, as facetas adesivas evoluíram e tornaram-se populares na Europa através dos trabalhos realizados por Touati (MAGNE; BELSER, 2003; MANDARINO, 2003a; BISPO, 2009; DUMFAHRT; SCHAFFER, 2000).

Em 1976 Faunce e Myers utilizaram dentes de acrílico adaptados ao preparo para facetas e fixados através do condicionamento ácido do esmalte. Em 1979 foi introduzido no mercado odontológico um sistema de facetas pré-fabricadas de resina acrílica (MANDARINO, 2003a).

Em 1982, Nakabayashi tornou possível uma adesão efetiva, com a formação de uma camada híbrida, que é a impregnação de monômeros na estrutura dentária. A associação do esmalte e dentina aos sistemas adesivos foi o passo decisivo para o sucesso das facetas de cerâmica, que condicionados por ácido através da técnica de Rochette em 1973, transformou a adesão em realidade (OZTURK et al., 2012; BISPO, 2009)

A partir de 1983 é que as facetas de porcelana passaram a merecer lugar de destaque como opção restauradora, quando Simonsen e Calamia descreveram o condicionamento das porcelanas com ácido fluorídrico, com o mesmo propósito que se utilizava o condicionamento ácido no esmalte dental, ou seja, devido ao fato de promover união química entre compósito orgânico e inorgânico. Também em 1983, foi proposta a técnica de confecção de facetas laminadas de porcelana por Horn, destacando-se dos materiais e técnicas até então utilizadas pela superioridade de suas propriedades não só estéticas como funcionais (MANDARINO, 2003a; BISPO, 2009).

4.2 VANTAGENS E DESVANTAGENS DAS FACETAS ESTÉTICAS

As facetas estéticas tornaram-se uma solução muito mais conservadora, preservando remanescente dental e a recuperação de cor, forma, posição e textura que antes não se imaginava e que hoje satisfaz as expectativas do paciente.

Cada vez mais os pacientes estão exigindo a perfeição dos tratamentos odontológicos, por isso os objetivos devem ser alcançados com sucesso. Pacientes que necessitam de reabilitação estética chegam aos consultórios desacreditados, a maioria deles não acreditam que poderá ser retomada a qualidade de sorriso antigo. E o desenvolvimento das facetas aconteceu no início do século 20, quando astros do cinema tiveram necessidade de melhorar a estética do sorriso (SOUZA, 2008).

A constituição do sorriso perfeito é associada ao bem-estar físico, psicológico, sócio econômico, e também de sucesso pessoal e profissional. Na visão das pessoas a perfeição estética foi além de tratamentos corporais, chegando na odontologia restauradora. Portanto a quebra da harmonia devido às assimetrias no sorriso, podem trazer prejuízos estéticos e emocionais, como: insegurança, timidez e até mesmo isolamento social, devido a vergonha. (BISPO, 2009; CARDOSO, 2015; MEZZALIRA, 2011).

Refere-se as vantagens inerentes a facetas estéticas, preparo menos invasivo consumindo menos tempo de trabalho, comparando a coroas totais; menor desgaste de estrutura dental, assim sendo, melhor aceitação do paciente, apresentam-se extremamente duradouros e resistentes a fraturas, o que aumenta sua longevidade, possibilita a realização de preparos supra gengivais, o que leva uma resposta tecidual melhor, bem como retêm menos placa bacteriana (MENDES; BONFANTE; JANSSEN, 2004).

Como desvantagens, as facetas apresentam uma dependência total da habilidade, conhecimento e do senso artístico do profissional na técnica direta, e nos casos da técnica indireta depende também de técnicos qualificados (BARATIERI et al., 2015; PERES, 2010).

Quadro 1 - Vantagens da utilização de facetas diretas e indiretas

VANTAGENS	
CERÂMICA	RESINA COMPOSTA
Maior longevidade	Baixo custo
Estética elevada	Estética elevada
Adesão	Adesão
Resistente ao desgaste	Resistente ao desgaste
Estabilidade de cor a longo prazo	Possibilidade de reparo
Biocompatível aos tecidos	Biocompatível aos tecidos
	Não requer provisório
	Não desgasta dentição oposta
	Média de 1 a 3 sessões

Fonte: (BARATIERI et al., 2015; CONCEIÇÃO, 2007; MANDARINO, 2003a).

Quadro 2 - Desvantagens da utilização de facetas diretas e indiretas

DESVANTAGENS	
CERÂMICA	RESINA COMPOSTA
Alto custo	Menor longevidade
Laboratório – dependente	Dentista – dependente
Média de 5 sessões	Instabilidade de cor
Fragilidade da peça	Necessita substituição com o tempo
Necessidade de provisório	Contração de polimerização
Dificuldade de preparo	Acumulo de placa
Possível fratura	Fraturas marginais
Desgasta a dentição oposta	

Fonte: (BARATIERI et al., 2015; CONCEIÇÃO, 2007; MANDARINO, 2003a).

4.3 INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

A indicação das facetas estéticas surgiu no momento em que técnicas mais invasivas eram questionadas em relação a perda de estrutura. Em 1989, McLean indicou alertas mais significativos, como a existência de morbidade dental associada aos preparos. Após 10 anos de controle se observou que 15% dos dentes vitais apresentavam sinais radiográficos de problemas periapicais. Por isso a importância da introdução das técnicas de facetamento, substituindo as técnicas mais invasivas nos dentes anteriores (SOUZA, 2008).

A indicação da utilização de facetas deverá ser precedida de uma análise do caso clínico. Deve ser constatada a necessidade deste tratamento, pois o bom senso é imprescindível, na medida em que a conservação de estruturas dentárias é um objetivo a ser alcançado (MONDELLI; CONEGLIAN; MONDELLI, 2003).

Para indicação de confecção de facetas, as seguintes situações clínicas devem ser consideradas:

Quadro 3 - Indicações de facetas diretas e indiretas

INDICAÇÕES	FACETAS CERAMICAS	FACETAS RESINA
Alteração de cor	Ok	Ok
Alteração de forma	Ok	Ok
Alteração de posição	Ok	Ok
Realinhar dentes	Ok	Ok
Hipoplasia de esmalte	Ok	Ok
Amelogênese imperfeita	Ok	Ok
Perda de estrutura devido a doença ou trauma	Ok	Ok
Situações para alongar dentes anteriores	Ok	Ok
Manchamento de esmalte	Ok	Ok
Fraturas coronárias	Ok	Ok
Anomalias de forma	Ok	Ok
Fechamento de diastema	Ok	Ok
Substituição de faceta de resina composta insatisfatórias	Ok	X

Fonte: (BARATIERI et al., 2015; CONCEIÇÃO, 2007; MANDARINO, 2003a).

As facetas não podem ser contraindicadas de forma rigorosa e definitiva, até porque os materiais odontológicos experimentam constante evolução (BARATIERI et al., 2015); mas, em princípio, algumas situações clínicas contraindicam esse tipo de restauração. Normalmente, não é indicado o facetamento de dentes sem estrutura sadia em esmalte, mas podem ser feitos preparos que invadem a dentina, desde que cuide com a refrigeração e mantenha a integridade do complexo dentino pulpar. A oclusão inadequada (sobremordida pronunciada, portadores de bruxismo e outros hábitos parafuncionais) é outra contraindicação (SOUZA, 2008).

As facetas não servem de reforço à estrutura dental, por isso pode apresentar riscos em casos que a resistência do dente esteja comprometida, os contatos oclusais devem estar em esmalte, portanto, pacientes com hábitos parafuncionais, classe III de Angle, oclusão topo a topo, não são os mais indicados. Em dentes vestibularizados, não se consegue corrigir a posição do dente em questão, por necessitar de um desgaste exagerado, comprometendo estrutura sadia. Para confecção das facetas a presença de esmalte dental é imprescindível, para o procedimento de adesão ideal minimizando infiltração marginal (MANDARINO, 2003a).

Quadro 4 - Contraindicações da utilização de facetas diretas e indiretas

CONTRAINDICAÇÕES	
RESINA COMPOSTA	CERÂMICA
Dentes que obtém sucesso somente com clareamento	Dentes que obtém sucesso somente com clareamento
Oclusão topo a topo	Oclusão topo a topo
Ausência de esmalte na região cervical	Ausência de esmalte na região cervical
Apinhamento dental ou Giroversão	Apinhamento dental ou Giroversão
Dentes mal posicionados	Dentes mal posicionados
Presença de alteração gengival	Presença de alteração gengival
Má higiene	Má higiene
Presença de lesão de carie	Presença de lesão de carie
	Dentes com extensas restaurações
	Mordida cruzada anterior
	Parafunção e bruxismo
	Redução na distancia interoclusal

Fonte: (BARATIERI et al., 2015; CONCEIÇÃO, 2007; MANDARINO, 2003a).

4.4 PLANEJAMENTO

Como em qualquer procedimento odontológico em que se espera sucesso, o planejamento desse tipo de restauração é um passo que não deve ser relegado à parte. Com o avanço da fotografia digital, o cirurgião-dentista obteve um novo método de comunicar-se com o paciente e demonstrar as possibilidades de tratamento através de imagens (BARATIERI et al., 2015; CARDOSO; DECURCIO, 2015).

No dizer de Magne e Belser (2003), a saúde e a morfologia adequadas do periodonto são responsáveis por 50% do resultado estético final. Não raro, pode-se lançar mão de algum tipo de cirurgia para ganhar acesso à margem ou ampliar a coroa clínica. Dentes excessivamente curtos podem ser "alongados" por meio de cirurgia a retalho com osteotomia/osteoplastia e, em função da ampliação das ameias gengivais que este procedimento ocasiona, necessitam de facetamento. Após a cirurgia é estratégico que se aguardem 90 dias para o início dos procedimentos restauradores (BARATIERI et al., 2015).

O uso de modelos de estudo, fotografias e imagens computadorizadas facilitam a decisão de tratamento e servem também para lembrar, após o procedimento concluído, as diferenças entre o problema e a solução encontrada (BARATIERI et al., 2015).

Sempre importante conversar com o paciente sobre suas expectativas quanto ao resultado estético. Todos eles, em especial os muito exigentes, devem ser bem esclarecidos quanto as limitações de cada tipo de restauração. Assim sendo, para que o profissional e o paciente visualizem melhor o provável resultado, em relação à cor, forma e textura, é recomendável a execução prévia de um "ensaio restaurador" (BARATIERI et al., 2015).

De acordo com Magne et al. (2003), a obtenção do enceramento diagnóstico resulta da adição de cera sobre um modelo preliminar, que deverá coincidir com grande conhecimento em anatomia dental.

O ensaio restaurador pode ser executado para que o profissional, o paciente e as pessoas que com ele convive possam ter visão mais apurada do possível resultado a ser obtido. Neste passo, o esmalte não é condicionado nem recebe aplicação de adesivo. Depois do ensaio restaurador concluído, o profissional deve solicitar ao paciente que emita opinião sobre tal procedimento e tente observar se a aparência criada pelo ensaio atrai a atenção das pessoas do seu convívio. Caso o paciente se mostre satisfeito e autorize a realização da restauração definitiva, o ensaio poderá ser facilmente destacado do dente (BARATIERI et al., 2015; HIGASHI et al., 2006; CARDOSO, 2015).

4.5 FACETAS EM RESINA COMPOSTA

A realização de facetas pela técnica direta de resina composta vem se popularizando devido a dois fatores: conservação da estrutura dental relacionada a outras restaurações e aos magníficos resultados estéticos que elas possibilitam (BARATIERI et al., 2015). Com o avanço na área de materiais indiretos e técnicas restauradoras, alguns clínicos estão abandonando as facetas diretas em resina composta como uma alternativa viável para satisfazer as vontades dos seus pacientes (BLANK, 2002).

Os compósitos de última geração, podem devolver ao dente suas propriedades de opalescência e fluorescência. A opalescência é a capacidade de o esmalte refletir ondas de luz azul-cinza, e transmitir luz laranja. A fluorescência se caracteriza quando o dente natural é exposto a luz ultravioleta, ocorrendo difusão do espectro visual (CHIMELI; SILVA, 2011).

Esta técnica possui, de forma objetiva, uma classificação quanto a extensão da faceta (parcial, total e total com recobrimento incisal), cor do dente a ser restaurado (sem alteração, com moderada alteração e com acentuada alteração), profundidade do preparo (sem desgaste, desgaste

em esmalte e desgaste em esmalte/dentina) e o tipo de técnica restauradora (com ou sem matriz), para um correto planejamento (CONCEIÇÃO, 2007).

Este tipo de técnica é preferencialmente indicado para dentes anteriores, que apresentam alteração de forma e/ou cor, realinhamento dental, dentes fraturados, com lesão de cárie ampla na vestibular, dentes conóides, fechamento de diastema, entre outras indicações. Para realizar estes procedimentos, é necessário a confecção de preparo, podendo ser do tipo: sem desgaste, desgaste em esmalte, desgaste que envolve dentina, podem também ser do tipo parcial ou total, dependendo da quantidade de superfície vestibular preparada (BARATIERI et al., 2015).

As restaurações diretas apresentam a vantagem de serem únicas e exclusivamente dependentes do profissional, por ser um procedimento centralizado, o resultado depende da técnica e do conhecimento do executante. Outra vantagem é o custo, relativamente mais baixo do que a técnica que envolve laboratório. A sessão única é também uma vantagem, apesar de ser relativamente longa. Outras vantagens a serem colocadas são: não requer moldagem e provisório, e o preparo quase sempre é mais conservador que aqueles das facetas indiretas (HIRATA; CARNIEL, 2004; BARATIERI et al., 2015).

Uma das desvantagens desta técnica é a possível formação de bolhas de ar sob a superfície da faceta. Quando estas bolhas são expostas, deixam à mostra uma capa de resina não polimerizada. Sendo assim mais vulnerável ao manchamento e à degradação. A reprodução da forma, textura, contorno e cor estarão na dependência total da habilidade e do senso artístico do profissional. Os compósitos de micropartículas são suscetíveis ao lascamento, em especial quando empregados em áreas de alto estresse. É muito difícil, com pequena espessura de resina, mascarar o fundo escuro de um dente sem o uso de um opacificador. Os opacificadores podem tornar as restaurações com aparência excessivamente artificial (BARATIERI et al., 2015).

Possuem menor resistência e estabilidade de cor que as facetas de porcelana, no entanto, são satisfatórias e dependerão do caso em que as facetas foram indicadas e como serão executadas e ajustadas. O tempo de vida, não pode ser estimado, devido ao caráter multifatorial envolvido (HIGASHI et al., 2006).

A odontologia restauradora atual recomenda que, para qualquer procedimento, o profissional deve sempre utilizar o tratamento mais conservador possível, ou seja, maior preservação de estrutura dental sadia. Um plano de tratamento bem elaborado é essencial, para que

permita formular um bom prognóstico a médio e longo prazo, não só em termos estéticos, como também aspectos biológicos e funcionais. O correto diagnóstico e adequado planejamento são as etapas mais importantes e imprescindíveis para obter excelência (HIGASHI et al., 2006).

Hoepfner et al. (2003), através de um relato de caso clínico, tiveram como objetivo apresentar e discutir a técnica de facetas diretas com resina composta, como uma alternativa viável de tratamento restaurador para dentes anteriores tratados endodonticamente e com alteração de cor. Esta alternativa estética só é possível de ser utilizada devido ao surgimento e evolução dos sistemas adesivos e das resinas compostas. Segundo os autores, a utilização de resinas compostas para o restabelecimento estético de dentes anteriores com alteração cromática, através da técnica de facetamento direto, representa uma ótima alternativa de tratamento, a qual tem demonstrado excelentes resultados, desde que seja levada em consideração a exigência de conhecimentos do profissional em relação às propriedades dos materiais estéticos adesivos a serem utilizados.

Aranha, Mitsui e Marchi (2003) apresentaram um caso clínico, no qual foi realizado tratamento prévio com microabrasão dos incisivos laterais superiores com alteração de cor, cujo resultado não foi satisfatório, tanto para paciente como para o profissional, devido as manchas no esmalte serem profundas. Optou-se então em realizar tratamento estético utilizando facetas diretas em resina composta. Os autores relataram que a técnica de microabrasão do esmalte dental, utilizando uma combinação de ácido hidro clorídrico e pedra-pomes é considerada uma técnica altamente eficaz na remoção de manchas do esmalte dental, desde que estejam localizadas nas camadas mais superficiais. Caso o resultado desse tipo de tratamento não seja satisfatório, a realização de facetas utilizando materiais adesivos tem demonstrado ótimos resultados no restabelecimento tanto dos aspectos funcionais como estéticos do sorriso. Ressaltaram também que a obtenção do sucesso das facetas em resina composta depende principalmente do Cirurgião-dentista, o qual deve compreender os princípios básicos dos sistemas adesivos e das resinas compostas, além de ter uma visão multidisciplinar que o possibilite diagnosticar e planejar o caso corretamente.

Cardoso et al. (2011), relataram um caso clínico, que teve como objetivo estabelecer a resolução estética e funcional do paciente, através de duas estratégias distintas para dentes escurecidos. Na primeira estratégia, estabeleceu-se um protocolo restaurador com facetas diretas

de resina composta para dentes não vitais escurecidos e com restaurações insatisfatórias, e a segunda um protocolo para clareamento de dentes vitais escurecidos. Após a finalização do caso clínico, os autores concluíram que o seguimento de protocolos reabilitadores já estabelecidos, assim como o conhecimento e domínio das propriedades físicas e ópticas dos materiais restauradores utilizados, o comprometimento com os princípios éticos da odontologia restauradora foi possível atingir um resultado satisfatório, o qual devolveu harmonia ao sorriso e satisfação do paciente.

Pontons-Melo, Furuse e Mondelli (2011) descreveram uma abordagem restauradora para melhorar a aparência da dentição anterior, através de clareamento dental e a utilização de restaurações diretas de resina composta, com a ajuda de uma técnica de estratificação para procedimentos estéticos previsíveis. Constataram que restaurações diretas de resina composta tem o potencial de reproduzir o aspecto de um dente natural, com resultados altamente estéticos. Além disso, este procedimento é uma boa opção de tratamento, visto que é mais barato do que outras abordagens indiretas. Por conseguinte, esta abordagem simplificada tem o potencial de prolongar os benefícios da resina composta de um grande número de clínicos e pacientes.

Sheikh et al. (2015) apresentaram um relato de caso enumerando a sequência passo-a-passo para restaurar a estética de um paciente com desalinhamento anterossuperior com resina composta pela técnica direta. O paciente ficou muito feliz com os resultados das facetas e o novo sorriso transforma significativamente a estética anterior. As facetas diretas com resina ultrafina são muito eficazes para escolha conservadora e estética do tratamento, sendo que o sucesso deste procedimento é fortemente dependente do caso selecionado e as habilidades possuídas pelo clínico. Tem sido demonstrado que as restaurações sobre incisivos centrais é a melhor performance estética com a cor favorável correspondente, suavidade da superfície e boa translucidez após cinco anos. A principal razão para o fracasso da técnica direta é devido à perda de forma anatômica devido ao desgaste e também mudança de cor. Assim como, fraca resistência ao desgaste, limita o sucesso a longo prazo destas restaurações e sucesso não pode ser garantido tornando o caso mais crítico.

Souza et al. (2015) relataram um estudo longitudinal retrospectivo para investigar o comportamento clínico de facetas diretas, realizadas com diferentes tipos de resinas compostas (micropartículas e universal) em dentes anteriores vitais e não vitais. No estudo concluiu-se que, as facetas avaliadas apresentaram uma satisfação no desempenho

clínico com taxa de sobrevida de 80,1% após 35 anos. As facetas diretas realizadas em dentes vitais mostraram um melhor desempenho em comparação com aqueles em dentes não vitais em relação a cor, fratura e retenção. As facetas em dentes não vitais apresentam risco duas vezes maior de fracasso do que os colocados em dentes vitais. Não houve diferença na taxa de sobrevida entre as diferentes resinas compostas (micropartículas ou universais). No entanto, as microparticuladas mostraram um desempenho ligeiramente melhor nas propriedades estéticas.

4.6 FACETAS EM CERÂMICA

O papel do dentista é proporcionar saúde bucal a seus pacientes e restituir a função, quando necessário. No que se refere a odontologia, essa busca por uma melhor aparência estética é cada vez mais intensa por parte dos pacientes. Os dentes anteriores têm uma importância decisiva na estética facial, com isso, são extremamente valorizados pelos pacientes que desejam clarear e melhorar a forma, o tamanho ou a posição dos dentes. Os laminados cerâmicos representam uma alternativa de tratamento estético que alia a possibilidade de minimizar o desgaste requerido durante o preparo e a de proporcionar uma modificação estética significativa e duradoura. Quando este material foi introduzido, era cimentado com pó adesivo, pois, com a inexistência de um sistema adesivo capaz de unir esses laminados de maneira definitiva aos dentes fez com que essa forma de tratamento estético ficasse limitada. Com o surgimento da técnica de condicionamento ácido do esmalte, e depois de dentina, dos sistemas adesivos e a possibilidade de condicionar também a superfície interna da porcelana, fizeram com que a resistência de união entre cerâmica e dente se tornasse muito forte, possibilitando a utilização da técnica de forma definitiva (CONCEIÇÃO et al., 2007).

O desempenho clínico desta técnica tem sido bem-sucedido e clinicamente testado e aprovado, mas os planos de tratamento induzidos pela mídia e a crescente demanda por resultados estéticos, tem resultado uma combinação perigosa em relação ao risco/benefício do tratamento, sobrepondo as indicações corretas. As principais causas de insucesso das facetas cerâmicas são fratura, micro infiltração e falha na cimentação. Isto quer dizer que esta técnica, se mal indicada, são restaurações mais suscetíveis a retratamentos futuros do que as coroas cerâmicas (BARATIERI et al., 2015).

O alto índice de sucesso das restaurações cerâmicas durante período de 2 a 12 anos, constatadas em estudos clínicos, está diretamente associada à adesão ao dente, sobretudo ao esmalte, isto explica a necessidade de conservar esta estrutura, portanto, quanto maior a quantidade de esmalte, melhor a adesão. A avaliação da quantidade e qualidade do tecido dental remanescente modula a escolha entre coroas ou facetas (BARATIERI et al., 2015).

Os laminados cerâmicos são indicados de maneira geral em dentes que apresentam alteração de cor, forma ou posição envolvendo face vestibular, devido à sua influência no sorriso, por isso, geralmente são confeccionados em dentes anteriores, e recebem uma classificação quanto ao preparo, analisando: a profundidade do preparo (sem desgaste, desgaste em esmalte e desgaste em esmalte/dentina), a extensão do laminado (total ou total com recobrimento incisal), cor do dente a ser restaurado (sem alteração, com moderada alteração e com acentuada alteração), a técnica laboratorial (com troquel refratário, com lamina de platina, com técnica da cera perdida/cerâmica injetada, com sistema computadorizado) e o tipo de cerâmica empregado (feldspática, vidro ceramizado ou alto conteúdo de alumina) (CONCEIÇÃO et al., 2007).

Hoje, vários aspectos devem ser considerados para a indicação precisa, mesmo com tratamento pouco invasivo, algumas indicações de laminas foram substituídas por tratamentos químicos mais conservadores. A evolução dos materiais odontológicos que tem substituído algumas indicações por procedimentos mais conservadores, tem ampliado sua abrangência. As facetas cerâmicas são primariamente indicadas para duas situações: modificação da cor e alteração da forma e textura dos elementos. Algumas situações clínicas são consideradas indicações relativas, por apresentarem falta de previsibilidade ou dificuldade técnica para ter sucesso (KINA; BRUGUERA, 2007).

Mas existe também as contraindicações que nas facetas cerâmicas estão centradas nas condições oclusais desfavoráveis, como: posições inadequadas, portadores de bruxismo e outros hábitos parafuncionais e na inexistência de quantidade e qualidade do esmalte que é capaz de garantir a adesão duradoura e eficaz. Portanto, a evolução das técnicas e materiais, tem trazido cada vez mais possibilidades clínicas dentro da odontologia adesiva, diminuindo e alterando o quadro de indicações e contraindicações (KINA; BRUGUERA, 2007).

Leite et al. (2014), relatou um caso de reabilitação estética dos dentes anteriores superiores de forma conservadora, destacando a correta indicação do material e o sistema de cimentação ideal de acordo

com cada material. A paciente chegou insatisfeita com a estética anterior do seu sorriso, e ao iniciar o tratamento, a paciente apresentava os 4 incisivos antero-superiores com amplas restaurações e caninos hígidos. Foi realizado mock-up, obteve a aprovação após algumas pequenas correções. A satisfação da paciente se deu com o caso concluído satisfazendo suas necessidades funcionais e estéticas onde o elemento 13 e 23 receberam lentes de contato, os elementos 11 e 22 coroas metal free e os elementos 12 e 21 facetas, respeitando suas indicações. O conhecimento aliado a bons materiais, conseguimos com sucesso prever o tratamento restaurador/reabilitador, evitando assim tratamentos invasivos e resultados insatisfatórios, de forma a agregar confiança e reconhecimento dos pacientes.

Soares et al. (2012), apresentou um relato de caso clínico de reabilitação estética do sorriso, descrevendo protocolo de confecção dos preparos convencionais, moldagem e cimentação de facetas cerâmicas reforçadas com dissilicato de Lítio, visando sucesso no tratamento e satisfação do paciente. Pode-se concluir que a utilização de cerâmicas a base de dissilicato de Lítio possibilitou a recuperação funcional e estética do sorriso quando se empregou preparos convencionais de facetas laminadas. A técnica de fixação autoadesiva favoreceu redução do tempo clínico, otimizando a etapa de cimentação das restaurações cerâmicas.

Nam, Raigrodski e Heindl (2008) descreveram um caso clínico, onde o planejamento interdisciplinar do tratamento, o conhecimento dos materiais restauradores disponíveis e uma comunicação adequada entre todas as partes envolvidas foram a chave para o sucesso em uma reabilitação oral. O resultado estético bem sucedido utilizou três diferentes materiais restauradores e diferentes técnicas, o que é um desafio na realização do aspecto estético natural e em biomecânica satisfatórias e funcionais, bem como os desejos finais do paciente. A utilização de três materiais diferentes embora tecnicamente desafiador facilitou um tratamento mais conservador em termos de utilização de facetas de cerâmica no segmento anterior mandibular e alcançou um resultado estético em ambos segmentos (anterior e posterior) utilizando seletivamente cerâmica pura e metalocerâmica sem descuidar dos aspectos biomecânicos.

Pini et al. (2012), em seu artigo, revisaram a literatura atual para procurar os parâmetros mais importantes que determinam o sucesso a longo prazo, a aplicação correta e limitações clínicas de facetas de cerâmica. Discutiram também os aspectos dos laminados de cerâmica envolvendo materiais, aplicações e técnicas, a fim de resolver algumas

preocupações sobre novas tendências, materiais e métodos e de como se relacionam com a continuação do sucesso dessa modalidade de tratamento. Com esta análise da literatura, concluíram que as cerâmicas são materiais capazes de mimetizar o esmalte humano e as suas propriedades mecânicas vão expandir as suas aplicações clínicas. Além disto, o sucesso clínico das facetas de cerâmica dependerá das indicações adequadas para cada caso, do correto funcionamento dos materiais e das técnicas disponíveis associadas com a necessidade e os objetivos do tratamento estético.

D'Arcangelo et al. (2012), através de um estudo clínico observacional, avaliaram o desempenho de facetas de cerâmica cimentadas utilizando um compósito fotopolimerizável, por um período de 7 anos. No decorrer destes anos, a adaptação e descoloração marginal, cárie secundária, combinação de cores e a forma, assim como fraturas, deslocamentos, saúde gengival e vitalidade pulpar foram clinicamente observados. Após 7 anos, o estudo demonstrou resultados favoráveis para facetas de cerâmica com preparos supragengivais, cimentados com um compósito fotopolimerizável, onde a taxa de sobrevivência foi de 97,5%. Os resultados da investigação clínica comprovaram que as facetas são uma modalidade de tratamento previsível e bem sucedida, com a máxima preservação do dente. O preparo, a cimentação e os procedimentos de acabamento adotados foram considerados fatores chave para o sucesso a longo prazo e resultado estético das restaurações indiretas.

5 RELATO DE CASO

Caso clínico 1

Paciente L. M. S., 24 anos, compareceu à clínica de pós-graduação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina para consulta de seleção, insatisfeita com a estética dos elementos 11 e 21 (Figura 1). Após a avaliação, constatou-se facetas diretas em resina composta (Figuras 2 e 3). Ao exame clínico, foi possível notar a presença de manchamento nas margens da restauração (Figuras 2 e 3).

Ao exame clínico, analisou-se os aspectos faciais, o sorriso, o contorno gengival e as características dentais. Assim, optou-se pela execução de restauração com faceta de cerâmica.

Durante a primeira consulta, foi realizado profilaxia, utilizando-se taça de borracha, escova Robson e pasta profilática. Nessa primeira consulta, foi feito o registro fotográfico, sendo: fotos extra-oral de rosto (frontal e perfil), fotos extra-oral do sorriso (frontal e 45 graus) e fotos intra-oral (frontal e lateral) excelente ferramenta para um planejamento correto e a primeira moldagem da arcada superior para confecção das facetas, pois, a paciente tinha desejo de manter o mesmo formato de dente.

Na segunda consulta, realizou-se a confecção do preparo dental. Para tal, foram utilizadas ponta diamantada esférica (1012; KG Sorensen, Cotia, Brasil) e ponta diamantada cônica de topo arredondado (2135; KG Sorensen, Cotia, Brasil) paralelas ao longo eixo do dente, que automaticamente confeccionam término em lamina de faca. Para o acabamento e polimento do preparo foram utilizadas pontas diamantadas com granulação mais fina (3135F, 2135FF; KG Sorensen, Cotia, Brasil) e discos de lixa (3M ESPE, Minessota, USA). Em seguida, foi realizado as fotografias para registro do preparo (Figura 4).

Nesse caso clínico, o término cervical apresentava-se supra gengival na face vestibular do dente, pois, em sorriso forçado o zênite gengival não ficava exposto. O preparo limitou-se, na medida do possível, à remoção da resina composta pré-existente.

A moldagem, foi realizada com silicone de adição Variotime Easy Putty (Heraeus Kulzer, Hanau, Alemanha) e moldeira Vernes S2 e I2 (Tecnodont, São Paulo, Brasil) para o contramolde e o registro de mordida.

Para fornecer informações ao técnico do laboratório, foram enviadas fotografias da seleção de cor e modelo com a mesma forma já

existente. A seleção da cor foi realizada com a escala Vita 3D Master (VITA, Zahnfabrik, Säcking, Alemanha), (Figura 5). Após a correta moldagem, executou-se um provisório com resina bisacrílica (Protemp 4 cor A1, 3M/ESPE, Minnesota, USA).

As facetas foram confeccionadas laboratorialmente, com sistema cerâmico IPS e.max Press (Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtensten), (Figura 6). Ao final do processo de fabricação, a restauração apresentou características anatômicas e morfológicas dos dentes naturais do paciente, com boa adaptação e ajuste, com cor e caracterização compatível com o remanescente dental e com os dentes vizinhos, possuindo também, excelente polimento superficial (Figura 7).

Figura 1 - Paciente L. M. S. 24 anos



Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Figura 2 - Facetas diretas em resina composta



Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Figura 3 - Facetas diretas em resina composta



Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Figura 4 - Registro do preparo dental



Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Figura 5 - Seleção da cor



Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Figura 6 - Facetas confeccionadas laboratorialmente



Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Figura 7 - Resultado final



Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Caso clínico 2

Paciente N. S., 18 anos, sexo feminino, compareceu à clínica de pós-graduação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina para consulta de seleção, relatando seu descontentamento em relação aos espaços apresentados entre os dentes superiores anteriores decorrente da presença de diastemas, que comprometiam a estética do paciente. No exame clínico inicial, constatou-se a presença de diastemas na região de incisivos centrais e laterais superiores (Figura 8 e 9). Após profilaxia minuciosa, uma sessão de clareamento de consultório (Whiteness HP Maxx 35%, Joinville, Brasil) foi aplicada por 45 minutos, em seguida foi realizada uma moldagem e confeccionados modelos de estudo para a realização de enceramento diagnóstico. Após enceramento diagnóstico, confeccionou-se um guia com silicone de condensação (Perfil Coltene, Altstatten, Suíça), para inserção da resina bisacrílica (Protemp 4 cor A1, 3M/ESPE, Minnesota, USA) a fim de realizar o *mock-up* para que a paciente obtivesse uma dimensão dos resultados do tratamento (Figura 10 e 11).

Com auxílio de uma lâmina de bisturi, o molde foi recortado no sentido mesio-distal através da linha incisal. Este guia foi testado e colocado em posição na boca do paciente durante a sessão do procedimento restaurador servindo como matriz para a confecção da porção palatina da restauração (Figura 12).

Após análise do *mock-up* e aprovação pela paciente foi proposta a realização de facetas diretas em resina composta nos incisivos centrais, incisivos laterais e caninos. Na mesma sessão clínica foi selecionada a cor inicial dos dentes com auxílio de escala de cor, sob luz natural. A resina usada foi IPS Empress Direct (Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtensten) na cor BLL. Em seguida foi realizado o condicionamento ácido total no esmalte durante 30 segundos com ácido fosfórico a 37% (Figura 13), lavado pelo mesmo tempo, e observou-se o aspecto do tecido dentário condicionado (Figura 14) e o sistema adesivo de único passo (Single Bond Universal, 3M/ESPE, Minnesota, USA) foi aplicado em duas camadas consecutivas fotopolimerizadas por 20 segundos. Com o uso de uma espátula de resina e do guia de silicone, iniciou-se a restauração através da inserção da resina correspondente ao esmalte palatino, foi então, levado o guia de silicone com a resina de escolha à boca da paciente (Figura 15).

A resina composta foi inserida, cuidadosamente, de modo que não extravasasse lateralmente. Com a guia posicionada, a resina referente ao esmalte palatino foi fotopolimerizada e o guia foi removido.

Após a remoção do guia de silicone, foi verificado se a camada de resina presente estava sem falhas (Figura 16).

Após realização das restaurações nos incisivos centrais, laterais e caninos foi realizado ajuste da oclusão e das guias, fez-se o acabamento das restaurações com pontas diamantadas F e FF (KG Sorensen) e nas proximais foi utilizado tiras de lixas diamantadas para acabamento. O polimento das restaurações foi obtido com a sequência de discos abrasivos Sof-Lex Pop-On (3M ESPE) e pontas de borrachas abrasivas obtendo adequada forma e textura das restaurações (Figuras 17). Observou-se o aspecto final e a satisfação relatada da paciente com o resultado final (Figura 18).

Figura 8 - Paciente N. S. 18 anos



Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Figura 9 - Diastemas na região de incisivos centrais e laterais superiores



Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Figura 10 - Mock up - sorriso normal



Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Figura 11 - Mock up - sorriso forçado



Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Figura 12 - Guia com silicone de condensação para inserção da resina



Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Figura 13 - Condicionamento ácido total no esmalte durante 30 segundos com ácido fosfórico a 37%



Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Figura 14 - Aspecto do tecido dentário condicionado



Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Figura 15 - Restauração através da inserção da resina correspondente ao esmalte palatino



Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Figura 16 - Camada de resina presente sem falhas



Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Figura 17 - Acabamento e polimento inicial



Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Figura 18 - Resultado final



Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

6 DISCUSSÃO

Inúmeras alternativas se viabilizam para restituir a estética do sorriso, na atualidade. Embora seja isso o que os pacientes desejam, diversos clínicos sentem-se inseguros diante de tantas opções para oferecer aos seus pacientes, até porque precisam dominar a ciência e a arte dos materiais envolvidos. As facetas podem ser usadas em uma ampla gama de situações, e inúmeros pacientes se beneficiam de suas vantagens sobre coroas tradicionais, porque promovem a conservação da estrutura natural do dente, e se o término cervical for supragengival, o risco de uma resposta periodontal negativa é reduzido (STRASSLER, 2007).

Bagis, Aydoğan e Bagis em 2008 concluíram que o sucesso clínico em longo prazo das restaurações laminadas de compósitos, depende da seleção de pacientes, planejamento do tratamento, das técnicas adequadas de inserção do material e da utilização dos sistemas adesivos. Esses fatores quando bem avaliados permitem uma correta execução de protocolos restauradores, como por exemplo o tratamento de dentes escurecidos pode ser realizado com a utilização de resina composta diretamente na face vestibular.

Hoepfner et al., 2003 e Pontons-Mello, Furuse e Mondelli em 2011 concluíram que os compósitos contemporâneos são considerados estéticos, duráveis e acessíveis. Além disso, restaurações diretas de resina composta apresentam boa resistência ao desgaste, adequada previsibilidade, pouca agressão aos tecidos periodontais, resistência a cargas mastigatórias e longevidade aceitável. Outra vantagem do uso de resinas compostas é a possibilidade de reparo intra oral, em casos de fraturas ou descolorações que possam ocorrer ao longo do tempo, sem a necessidade de substituição total da restauração, tornando-a conservadora. Em contra-partida quando comparadas com restaurações indiretas de cerâmica, as restaurações de resina composta direta têm menor potencial de fratura e não causam desgaste abrasivo na dentição oposta. Além disso, outra vantagem deste tipo de tratamento é a natureza reversível do presente processo, o que permite outras abordagens de tratamento no futuro (MAGNE; BELSER, 2003).

As facetas diretas em resina composta possuem algumas vantagens, quando comparadas com coroas totais ou laminados de cerâmica. Além de poderem ser confeccionadas em uma única sessão clínica, são de baixo custo e apresentam maior conservação da estrutura dental comparado a restaurações indiretas (ARANHA; MITSUI; MARCHI, 2003; HOEPFNER et al., 2003; PONTONS-MELO;

FURUSE; MONDELLI, 2011). Além disso, dispensam etapas de laboratório e não requerem provisório, nem moldagem (BARATIERI et al., 2015).

Porém, as facetas de resina composta direta possuem algumas desvantagens, incluindo a instabilidade de cor, contração de polimerização, baixa resistência à abrasão e acúmulo de placa. Outra limitação é a incapacidade de alguns profissionais na manipulação do material (BAGIS; AYDOĞAN; BAGIS, 2008).

A cor das restaurações estéticas confeccionadas em resina composta pode ser mantida por longos períodos, porém os pacientes devem estar cientes de que a coloração e a textura dos compósitos provavelmente irão mudar com o tempo, e que podem exigir a substituição periódica, necessitando de manutenção, onde protocolos de higiene oral deverão ser sempre enfatizados (PONTONS-MELO; FURUSE; MONDELLI, 2011).

A decisão pelo material mais adequado a esse tipo de situação sempre gera dúvidas ao cirurgião dentista, que por muitas vezes, tem dificuldade de escolher o material restaurador: resina composta ou cerâmica (SANTO et al., 2014). O desenvolvimento da técnica adesiva revolucionou a filosofia restauradora, possibilitando a realização de restaurações funcionais e estéticas mais conservadoras (MARSON; KINA, 2010).

Laminados cerâmicos constituem uma excelente alternativa estética com características que associam melhores propriedades óticas e maior resistência. (MAZARO et al., 2009). Além de alcançarem melhores resultados estéticos, comparadas às restaurações de resina composta, determinam características funcionais e estéticas praticamente igual dos dentes naturais. A literatura científica já é uniforme em afirmar que as facetas cerâmicas, quando indicadas e utilizadas segundo um preciso protocolo clínico, possuem grande longevidade, um dos fatores primordiais para isto é a manutenção do esmalte dental durante o preparo, ou seja, quanto mais esmalte remanescente, mais favorável a cimentação (SANTO et al., 2014). O paciente deve ser orientado para a manutenção de uma boa higiene bucal e para não ingerir alimentos que possam causar alterações térmicas durante 72 horas, nesse período a polimerização do cimento resinoso ainda está ocorrendo (CASTRO et al., 2000).

Muitos materiais foram utilizados para facetas cerâmicas ao longo dos últimos 30 anos, os relatos de suas taxas de sobrevida parecem satisfatórios. Facetas que foram cimentadas no período de 21 anos, tiveram resultados que se destacam, obtidos em cerâmica

feldspática. Em comparação com as taxas de sobrevivência de Kaplan-Meier relatados em estudos manteve-se resultados apropriados (LAYTON; WALTON, 2012a).

A cerâmica feldspática por apresentar uma maior capacidade de reprodução das propriedades ópticas do substrato natural em comparação aos outros sistemas deve ser indicada para situações de fragmentos e facetas unitárias, com dentes adjacentes que apresentam diversos detalhes cromáticos, os quais somente sistemas cerâmicos mais elaborados têm a capacidade de reproduzir. Contudo, quando foram criados os sistemas reforçados com dissilicato de lítio a gama de indicações aumentou pelo fato da maior resistência estrutural e pelas características estéticas satisfatórias, tornando-os assim substitutos naturais às indicações de uso das cerâmicas reforçadas por leucita (CARDOSO; DECURCIO, 2015).

Para obter-se um resultado estético satisfatório surge um desafio em alguns casos, devido especialmente na dificuldade de mascarar escurecimentos e alterações dentais severas (MARSON; KINA, 2010). Buscando melhorar os resultados clínicos a longo prazo e o aprimoramento dos materiais restauradores, diversas pesquisas têm sido desenvolvidas, para assim prover um melhor prognóstico (SANTO et al., 2014).

O conhecimento das características, propriedades e limitações do material e o domínio das técnicas e dos procedimentos cosméticos são fatores que devem ser cuidadosamente avaliados pelo profissional antes de realizar o plano de tratamento, e comparadas as restaurações de resina composta, podem ser mais seguras e previsíveis, desde que, seja sensatamente selecionado, planejado e executado (CASTRO et al., 2000; SANTO et al., 2014).

7 CONCLUSÃO

As facetas estéticas apresentam grande expressão no campo da odontologia moderna, devido a sua vasta variedade de aplicações e vantagens associadas.

De acordo com esta revisão de literatura, facetas diretas de resinas compostas e facetas indiretas de cerâmica demonstraram ser técnicas com excelentes resultados clínicos, entretanto observou-se que existem mais estudos de acompanhamento do sucesso de cerâmicas a longo prazo do que a resina composta.

Conclui-se após revisão bibliográfica e relato de caso, que as facetas estéticas confeccionadas em porcelana e resina composta revelam uma grande aplicabilidade, exigindo competências clínicas orientadas para a compreensão, uso técnico aliados a um conhecimento sobre as suas indicações, contraindicações, vantagens e limitações dos diferente materiais.

REFERÊNCIAS

ARANHA, A. C. C.; MITSUI, F. H. O.; MARCHI, G. M. Facetas diretas em resina composta pós-microabrasão – relato de caso clínico. **J. Bras Dent Estet.**, Curitiba, v. 2, n. 5, p. 72-78, 2003.

BAGIS, B.; AYDOĞAN, E.; BAGIS, Y. H. Direct restorative treatment of missing maxillary laterals with composite laminate veneer: a case report. **Open Dent J.**, Sharjah, v. 2, p. 93-95, 2008.

BARATIERI, L. N. et al. **Odontologia restauradora**: fundamentos e possibilidades. 2. ed. São Paulo: Santos, 2015.

BISPO, L. B. Facetas estéticas: status da arte. **Rev. Dentística on line**, Santa Maria, ano 8, n. 18, jan./mar. 2009.

BLANK, J. T. Case selection criteria and a simplified technique for placing and finishing direct composite veneers. **Compend. Contin. Educ. Dent, Jamesburg**, [S.l.], v. 23, n. 9, p. 10-17, 2002.

CARDOSO, P. et. al. Facetas diretas de resina composta e clareamento dental : estratégias para dentes escurecidos. **Revista Odontológica do Brasil Central**, Goiânia, v. 20, n. 55, p. 341-347, 2011.

CARDOSO, P.; DECURCIO, R. **Facetas**: lentes de contato e fragmentos cerâmicos. Florianópolis: Editora Ponto, 2015.

CASTRO, J. C. M. et al. Facetas laminadas em porcelana: uma opção estética para o clinico geral. **UNIMEP – Universidade Metodista de Piracicaba**, Piracicaba, v. 12, n. 1-2, 2000.

CHIMELI, T.; SILVA, W. Transformando sorrisos com facetas diretas e indiretas. **Rev. Dentística on line**, [S.l.], ano 10, n. 21, abr./jun. 2011.

CONCEIÇÃO, E. N. et al. **Dentística**: saúde e estética. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

D'ARCANGELO, C. et al. Clinical evaluation on porcelain laminate veneers bonded with light-cured composite: results up to 7 years. **Clin. Oral Investig.**, [S.l.], v. 16, n. 4, p. 1071-1079, 2012.

DUMPAHRT, H.; SCHAFFER, H. Porcelain laminate veneer. A retrospective evaluation after 1 to 10 years of service: Part II Clinical results. **The International Journal of Prosthodontics**, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 9-18, 2000.

HIGASHI C. et. al. Planejamento estético em dentes anteriores. In: MELLO, A. T. de; MIYASHITA, E. **Odontologia estética: planejamento e técnica**. [S.l.]: Editora Artes Médicas, 2006.

HIRATA, R.; CARNIEL, C. Z. Solucionando alguns problemas clínicos comuns com uso de facetamento direto e indireto: uma visão ampla. **Jornal Brasileiro de Clínica & Estética em Odontologia**, Curitiba, v. 3, n. 15, 2004.

HOEPPNER, M. G. et al. Tratamento estético de dente com alteração cromática: faceta direta com resina composta. **Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v. 9, n. 3/4, p. 67-72, 2003.

KINA S., BRUGUERA A., **Laminados cerâmicos**. Invisível: restaurações estéticas cerâmicas – Maringá: Dental Press, 2007.

LAYTON, D.; WALTON, T. The Up to 21-Year clinical outcome and survival of feldspathic porcelain veneers: accounting for clustering, **The International Journal of Prosthodontics**, [S.l.], v. 5, n. 6, 2012a.

LAYTON, D.; WALTON, T. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Survival of Feldspathic Porcelain Veneers Over 5 and 10 Years. **The International Journal of Prosthodontics**, [S.l.], v. 25, n. 6, 2012b.

LEITE, L. M. et al. Reabilitação bucal através da odontologia conservadora moderna: relato de caso. **ROA – Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v. 35, p.67-70, 2014.

MAGNE, P.; BELSER, U. Estética dental natural. In: MAGNE, P.; BELSER, U. **Restaurações adesivas de porcelana na dentição anterior: uma abordagem biomimética**. São Paulo. Quintessence, 2003. p. 57-96.

MANDARINO, F. **Restaurações Estéticas em Dentes Anteriores**. 2003b. Disponível em:

<http://143.107.206.201/restauradora/dentistica/temas/res_est_ant/res_est_ant.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

MANDARINO, F. **Facetas laminadas**. 2003a. Disponível em: <<http://143.107.206.201/restauradora/dentistica/temas/facetas/facetas.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

MARSON, F. C.; KINA, S. Restabelecimento estético com laminado cerâmicos. **Rev Dental Press Estét.**, [S.l.], 2010.

MAZARO, J. V. Q. et al. Considerações clínicas para a restauração da região anterior com facetas laminadas. **ROA – Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v. 30, p. 51-54, 2009.

MENDES, P.; BONFANTE, G.; JANSSEN, C. **Facetas laminadas - cerâmica e resina: aspectos clínicos**. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

MEZZALIRA, M. **Reabilitação estética com laminados de porcelana**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização de Dentística) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

MONDELLI, R.; CONEGLIAN, E.; MONDELLI, J. Reabilitação estética do sorriso com facetas indiretas de porcelana. **Biodonto**, [S.l.], v. 1, n. 5, p. 22-43, 2003.

NAM, J.; RAIGRODSKI, A. J.; HEINDL, H. Utilization of multiple restorative materials in full-mouth rehabilitation: a clinical report. **J. Esthet Restor. Dent.**, Malden, v. 20, n. 4, p. 251-265, 2008.

ÖZTÜRK, E. et al. Micromechanical properties of veneer luting resins after curing through ceramics, **Clinical Oral Investigation**, [S.l.], n. 6, p. 139-146, 2012.

PERES, R. **Facetas laminadas: revisão de literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Prótese Dentária) - Instituto de Ciências da Saúde - FUNORTE/SOEBRAS, Montes Claros, 2010.

PINI, N. P. et. al. Advances in dental veneers: materials, applications, and techniques. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry**, [S.l.], v. 4, p. 9-16, 2012.

PONTONS-MELO, J. C.; FURUSE, A. Y.; MONDELLI, J. A direct composite resin stratification technique for restoration of the smile. **Quintessence Int.**, [S.l.], v. 42, n. 3, p. 205-11, 2011.

SANTO, C. C. E. et al. Harmonização do sorriso com lentes de contato: relato de caso clínico. **Clínica – International Journal of Brazilian Dentistry**, Florianópolis, v. 10, n. 4, p. 410-418, 2014.

SHEIKH, Z. et. al. Direct composite resin veneer technique: a clinical case report of management of misaligned dentition. **IDJSR - International Dental Journal Of Students' Research**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 34-39, jan./mar. 2015.

SAKAMOTO JUNIOR, A. S. et al. Protocolo clínico para laminados cerâmicos. Relato de caso clinico, **Jornal ILAPEO**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 15-19, jan./mar. 2012.

SOARES, P. V. et al. Reabilitação estética do sorriso com facetas cerâmicas reforçadas por dissilicato de lítio. **Revista Odontológica do Brasil Central**, Goiânia, v. 21, n. 58, 2012.

SOUZA, F. H. C. de et. al. Direct anterior composite veneers in vital and non-vital teeth: A retrospective clinical evaluation. **Journal of Dentistry**, [S.l.], v. 43, n. 11, nov. 2015.

SOUZA, V. **Laminados cerâmicos em área estética: curso de especialização em prótese dentária**. Rio de Janeiro: Centro de Pós-Graduação/Ciodonto, 2008.

STRASSLER, H. E. Minimally invasive porcelain veneers: indications for a conservative esthetic dentistry tretment modality. **Gen. Dent.**, v. 55, n. 7, p. 686-695, 2007.

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) participante _____, você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Facetas estéticas: resina ou cerâmica? Uma discussão de caso”, que tem por objetivo avaliar em seres humanos, o desempenho da restauração de resina composta ao longo do tempo.

As informações contidas neste documento foram fornecidas por Sylvio Monteiro Junior, com objetivo de firmar por escrito, mediante a qual, o(a) voluntário(a) da pesquisa autoriza a participação, com pleno consentimento da natureza dos procedimentos e riscos a que se submeterá, com capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação.

I. Título da Pesquisa: “Facetas estéticas: resina ou cerâmica? Uma discussão de caso.”

Esta pesquisa está vinculada a Universidade Federal de Santa Catarina, tendo sido submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

II. Pesquisador responsável:

- *Prof. Dr. Sylvio Monteiro Junior*

Telefone: (48) 3721-9880 / (48) 9972-8962

E-mail: sylviomj@gmail.com

III. Justificativa

- A pesquisa **“FACETAS ESTÉTICAS: RESINA OU CERÂMICA? UMA DISCUSSÃO DE CASO”** tem como objetivo analisar o passo a passo das técnicas, comparar os resultados e acompanhar o paciente por 10 anos, se possível.

- Para isso, será realizado o tratamento restaurador (facetas) com resina composta e cerâmica em dentes anteriores com necessidade estética. Previamente à restauração, serão realizadas radiografias e fotografias.
- O procedimento restaurador será realizado em sessões necessárias para a finalização. O paciente deverá retornar para uma sessão de acabamento e polimento e para avaliação inicial da restauração (resina). Outras consultas acontecerão no intervalo de 6 a 12 meses, após a realização do tratamento para avaliar a qualidade das restaurações.
- Na avaliação inicial, o paciente será avaliado por dois cirurgiões-dentistas examinadores, se cabe ao tratamento (pesquisa).
- Fotografias intraorais serão realizadas para o registro da cor e forma anatômica para posterior conferência e documentação.
- Nenhum material utilizado nesta pesquisa está sendo testado. Todos os produtos são aprovados pela ANVISA e encontram-se disponíveis para comercialização.

IV. Riscos e desconfortos

- Haverá preparo no dente para a restauração, existe o **risco** de desgaste exagerado.
- Você poderá ter **risco** e **desconforto** devido a necessidade de anestesia intraoral.
- **Risco** de alergia e **desconforto** devido a borracha utilizada para a realização do isolamento absoluto
- Existe a possibilidade de **desconforto**, o que inclui sensibilidade dental pós operatória. Esse é um efeito reversível e será amenizado após alguns dias da intervenção.
- Pode haver constrangimento devido a necessidade de avaliação por 2 profissionais.
- Aborrecimento devido a necessidade de retorno após 6 e 12 meses.
- Haverá garantia de indenização de eventuais danos decorrentes da pesquisa.
- Nos casos de tratamento com cerâmica, será cobrado o trabalho laboratorial, sendo um serviço à parte (privado).

V. Benefícios

- Você estará contribuindo para a compreensão e para a produção de conhecimento científico sobre o tema facetas com resina composta e cerâmica em dentes anteriores, considerando os desafios e as diferentes possibilidades e condutas percebidas na prática clínica diária.
- Proporcionar o tratamento restaurador sem nenhum custo para os participantes da pesquisa em facetas de resina.
- Controle periódico de higiene oral e monitoramento das restaurações realizadas após o encerramento da pesquisa.

VI. Esclarecimentos

- Você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa em qualquer momento com o pesquisador responsável (Item II).
- Durante e após os procedimentos, você será sempre acompanhado pelo pesquisador, que lhe prestará assistência ou acionará pessoal competente para isso.
- Os resultados positivos ou negativos somente poderão ser obtidos após a realização da pesquisa.

VII. Sigilo

- O pesquisador será o único a ter acesso aos dados.
- Será garantido seu anonimato e o sigilo das informações, além da utilização dos resultados exclusivamente para fins científicos.
- Os resultados poderão ser apresentados em encontros e revistas científicas, sem revelar o seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.
- Entretanto, sempre existe a possibilidade remota da quebra de sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei.

VIII. Liberdade de recusar ou retirar o consentimento

- Sua participação não é obrigatória, podendo retirar-se do estudo ou não permitir a utilização dos dados em qualquer momento da pesquisa, sem ter que apresentar qualquer justificativa, e sem punição. Nesse caso, informar ao pesquisador responsável através dos contatos fornecidos no item II.

Esta pesquisa e este termo atendem a Resolução CNS 466/2012 e o projeto conta com a aprovação do CEPISH/UFSC. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo CEPISH/UFSC foi redigido em duas vias, que deverão ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, assim como pelo pesquisador responsável. Uma via será destinada ao participante do estudo e a outra via ao pesquisador responsável.

Por gentileza, qualquer dúvida entrar em contato com o pesquisador responsável (item II) e/ou com o CEPISH /UFSC.

CEPSH/UFSC

Endereço: Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC CEP 88.040-400– Florianópolis SC

Telefone: (48) 3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Atenciosamente,

Sylvio Monteiro Junior

Florianópolis __/__/__

Eu, _____, como participante da pesquisa, afirmo que fui devidamente informado e esclarecido sobre a finalidade e objetivos desta pesquisa, bem como sobre a utilização das informações sigilosas e exclusivamente para fins científicos. Meu nome não será divulgado e terei a opção de retirar meu consentimento a qualquer momento. Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro em função do meu consentimento espontâneo. Concordo, por livre e espontânea vontade, em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do participante

Florianópolis __/__/__